Ueber

Fibroma molluscum multiplex.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Friedrich Grün

approb. Arzt

aus Langenberg (Rheinland).

Würzburg.

Paul Scheiner's Buchdruckerei.

1886.

Referent: Herr Hofrath Professor Dr. Rindfleisch.

Seinen

THEUREN ELTERN

in

LIEBE UND DANKBARKEIT

gewidmet

vom Verfasser.

Das Studium der Geschwülste bildet einen Haupttheil der modernen Pathologie. Erst seitdem man in neuerer Zeit angefangen hat, die Geschwülste nach ihrem charakteristischen histiologischen Bau und den Gewebselementen, welche hauptsächlich in ihnen vertreten sind, zu classificiren und in bestimmte Gruppen zu bringen, ist auch in dieses Gebiet, in welchem früher die grösste Unklarheit und Verworrenheit herrschte, von dem man auch offen gestanden nicht allzuviel wusste, wenigstens einigermassen Übersicht, Licht und Klarheit gebracht worden. Diese Fortschritte in der Lehre über die pathologischen Neubildungen verdanken wir fast ausschliesslich fleissigen und angestrengten mikroskopischen Studien. Nach der heute allgemein geltenden Eintheilung der Geschwülste ist die Neubildung dem erkrankenden Muttergewebe (matrix) analog (homöoplastisch) oder nicht (heteroplastisch). Die homöoplastische Neubildung besteht entweder in einfacher Theilung der bestehenden Elemente, dann nennt man sie hyperplastisch (numerische Hypertrophie), oder es bilden sich aus den bestehenden zelligen Elementen zunächst scheinbar indifferente kleine Zellen, und aus diesen entwickelt sich dann erst ein Gewebe, welches dem Mutterboden analog ist. Die heteroplastischen Neubildungen beginnen stets mit der Bildung kleiner primärer Zellen, sog. indifferenter Bildungszellen (Granulationsstadium nach *Virchow*), und

aus diesem entsteht dann das Gewebe, welches der Matrix heterolog ist. Diese Eintheilung, welche *Virchow* aufgestellt hat, erscheint ganz natürlich und histiologisch zweckmässig. Diejenigen Neubildungen, welche durchweg aus gleichen anatomisch wohl ausgebildeten Gewebselementen bestehen, kann man nach diesem System auch leicht und richtig eintheilen. Wie steht es aber mit den Mischgeschwülsten, die aus allen möglichen, manchmal sehr heterogenen Geweben zusammengesetzt sind — wie mit den zahlreichen und gerade für die Chirurgie so wichtigen pathologischen Neubildungen, die überhaupt kein histiologisch fertiges Gewebe liefern, sondern die aus Elementen bestehen, denen man es absolut nicht ansehen kann, was aus ihnen wird, oder ob überhaupt noch etwas aus ihnen werden kann (indifferente Bildungszellen, primäres Zellengewebe, Granulationsgeschwülste)? — Wir dürfen uns nicht verhehlen, dass, mag auch der Fortschritt in der Lehre von den Geschwülsten ein ganz bedeutender und recht erfreulicher sein, unsere Kenntnisse noch in ziemlich dichtes Dunkel gehüllt sind, und dass gründlicher wissenschaftlicher Forschung gerade auf diesem Gebiete das weiteste Feld freisteht. Und in Bezug auf die Ätiologie der pathologischen Neubildungen tappen wir erst recht im Finstern. Für manche Geschwulstformen, z. B. für die Epitheliome, hat die Annahme einer embryonalen Keimanlage wohl überall Geltung gefunden. Aber wir sind doch kaum in der Lage, die *Cohnheim*'sche Theorie auf alle pathologischen Neubildungen anwenden zu dürfen.

Ein besonderes Interesse verdienen die multipeln Neubildungen aus den verschiedensten Gründen. Auch ist gerade über sie verhältnissmässig wenig in der Lite-

ratur zu finden. Ziemlich häufig sind die multipeln Lipome, bedeutend seltener und histiologisch schwieriger die multipeln Fibrome. Durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Riedinger war es mir vergönnt, einen höchst-interessanten Fall von Fibroma molluscum multiplex, der in seiner Privatklinik behandelt und operirt wurde, näher zu untersuchen und zu beschreiben. Da mir nicht nur die Patientin selbst zur Verfügung stand, sondern ich auch Gelegenheit hatte, die exstirpirte Geschwulst mikroskopisch zu verwerthen, war ich in der Lage dieser interessanten Hauterkrankung vom chirurgischen und pathologischen Standpunkt näher zu treten. Ich will nun versuchen, zunächst die Ansichten einiger hervorragenden Pathelogen hierüber klar zu legen, namentlich soweit dieselben differiren, sodann berichten, was ich unter dem Mikroskop gefunden habe und schliesslich die Krankengeschichte, den status praesens und die Behandlung meiner Patientin folgen lassen.

Virchow beschrieb zuerst einen derartigen Fall, und haben sich seiner Ansicht die meisten Pathologen angeschlossen.

Eine 47 jährige Frau hatte auf ihrem ganzen Körper zerstreut eine grosse Menge kleinerer und grösserer Gewächse, die sich seit Jahren langsam entwickelt hatten. Dieselben waren zum Theil ganz klein, erbsen- bis kirschkerngross, rund und von glatter Haut bedeckt; andere waren bedeutender bis zur Grösse einer Wallnuss und darüber. Die grösste Geschwulst sass in der unteren linken Rippengegend und zwar mit breiter Basis auf; sie hatte im Umfang 48 Zoll und erstreckte sich von der linea alba bis etwa 2 Zoll vom Rückgrat. Nach unten hing dieselbe tief bis über die Hüfte herab. An ihrer Oberfläche zeigte sie mehrere kleinere Sekundär-

knoten. Die Consistenz war eine durchaus weiche, man könnte sie als pseudofluctuirend bezeichnen. Hernach exstirpirte sie Herr Kreisphysikus Dr. *Heyland* in Guben. Sie wog 32½ Pfund. Neun Jahre früher hatte sie erst die Grösse eines Kindskopfes erreicht. Dieses sehr langsame Wachsthum und verschiedene andere Momente, welche später erläutert werden sollen, drücken dieser Geschwulstform den Stempel absoluter Gutartigkeit auf. Die Untersuchung der exstirpirten Geschwulst zeigte ein sehr saftreiches, im Allgemeinen nur wenig gefässreiches, lockeres Bindegewebe hauptsächlich in der Gegend des früheren Panniculus adiposus. Man konnte eine bedeutende Menge gelblicher, eiweisshaltiger Flüssigkeit herausdrücken. Schon für das blosse Auge war eine gewisse Unregelmässigkeit des Gewebes leicht erkennbar. In den derben, dickeren faserförmigen Strängen verliefen die grösseren Gefässe. Diese dickeren Bindegewebsstränge umschlossen grössere Hohlräume (Areolen), welch letztere dann ihrerseits wieder von einem feinen, maschigen Fasernetz durchzogen wurden. Die dicksten Faserstränge theilten sich in weniger derbere Züge, diese in noch feinere u. s. w. Auf diese Weise kam eine Art lappiger Anordnung zu Stande. *Virchow* will die Entstehung dieser Maschen aus den früheren Fettlappen herleiten. Gebrauchte der Autor eine stärkere Vergrösserung, so fand er nur Bindegewebe vor mit beträchtlich gewachsenen Körperchen. Die kleineren Knoten, welche der Hauptgeschwulst aufsassen, waren von dieser durchaus unabhängige, selbständige Gebilde. Einige lagen in die Tiefe; die meisten jedoch sassen der Oberfläche auf. Manche gingen entschieden von der Cutis selbst aus, denn sie reichten nur bis zu dem rete Malpighii, welches in diesem Falle ziemlich unver-

ändert war. Von dem Unterhautfettgewebe waren sie durch eine Derma-Lage getrennt. Die Farbe war blassröthlich, die Consistenz weich, der Inhalt beträchtlich serös durchtränkt. Es ergab sich unter dem Mikroskop ein sehr zellenreiches Granulationsgewebe, welches in voller Wucherung begriffen war. *Virchow* vergleicht diese Bildung noch mit der Elephantiasis der Genitalien. Als Unterschied giebt er den ganz entzündungs- und fieberfreien Verlauf des Fibroms an. Doch ist nach seiner Ansicht eine sichere Grenze nicht zu ziehen. Will man, wogegen er nichts einzuwenden hat, diese Form abtrennen, so hält er die Bezeichnung als Fibroma molluscum für durchaus prägnant.

Billroth giebt an, dass die weichen Fasergeschwülste ihren Sitz hauptsächlich in der Cutis hätten, von welcher sie stets bedeckt wären. Er nennt das Gewebe wohl etwas ödematös, jedoch sehr zähe. Unter dem Mikroskop fand er lockeres Bindegewebe wie in der Cutis. Auf der Oberfläche der Geschwulst waren stets deutlich erkennbar spitze Papillen sogar an solchen Hautstellen, wo normal keine Papillen vorkommen. In dem rete Malpighii fand er häufig ein bräunliches Pigment, ferner stark entwickelte Gefässe und die Haar- und Schweissdrüsen stark vergrössert. Die Form der Geschwülste war schlaff herabhängend (Cutis pendula Molluscum fibrosum). Er führt das Entstehen dieser Neubildungen auf partielle Hauthyperplasien zurück, da sie wesentlich aus Elementen der Cutis beständen. Sie sässen häufig gestielt auf, seien schmerzlos, ihr Wachstum ein langsames; doch könne es trotzdem zur Bildung enormer Tumoren kommen. Die Krankheit sei häufig angeboren, Hunderte von Geschwülsten könnten den ganzen Körper bedecken; wegen der Pigmentirung bestände eine ge-

wisse Verwandtschaft mit den s. g. dicken massigen Leberflecken. Der Autor rechnet zu dieser Gruppe noch die angeborenen abnormen Cutiswucherungen im Gesicht, meist halbseitig, diffus oder in Form weicher Hahnenkamm — ähnlicher Vegetationen; auch die behaarten Muttermäler mit Pigmentirung (s. g. Mausfell) gehörten hierher. Die Krankheit sei beim weiblichen Geschlecht häufiger. Ferner gehöre noch hierher die Leontiasis (*Virchow*), eine Hervorwachsung von multipeln, aus Bindegewebe bestehenden Geschwülsten aus der Haut des Gesichts und anderer Körpertheile. Schliesslich bestände noch eine Verwandtschaft mit der orientalischen Elephantiasis; jedoch sei diese mehr eine knotige, wenn auch diffuse Hypertrophie der Cutis einiger Körpertheile (Labia, Scrotum, Unterschenkel), die mit wiederholten Erysipelen verliefe. Das Verhältniss der weichen Fasergeschwülste zu der bei uns sporadischen Elephantiasis sei wie dasjenige der umschriebenen Fettgeschwulst zur diffusen.

Nach *Rindfleisch* verbreitet sich das Fibroma molluscum in der Weise unregelmässig über die Haut, dass es an einer Stelle einen enormen bis Mannskopfgrösse reichenden Umfang besitzt und mit breiter Basis aufsitzt, während die übrigen Geschwülste bedeutend kleiner (bis Kirschkern gross) sind und sich überall am Körper zerstreut vorfinden. Der Autor legt das Hauptgewicht darauf, dass das Fasergewebe der Geschwulst niemals die derbe Consistenz erreicht, wie wir es z. B. in den Corps fibreux des Uterus finden. Diese Weichheit hat nach den eigenen Untersuchungen des Verfassers in der eigentümlichen Complikation des reifenden Bindegewebes mit reichlicher ödematöser Durchtränkung ihren Grund. Es handelt sich also um einen einfach wassersüchtigen

Zustand, der sich wahrscheinlich in Folge von Cirkulationsstörung schon frühzeitig in den Molluskumknötchen einstellt. Das Oedemwasser schafft sich dadurch Platz, dass es die Spalten zwischen den einzelnen Bindegewebsfasern auseinander drängt, so dass man schliesslich von Bindegewebsbrücken reden kann.

Nach *Ziegler* giebt es zwischen harten und weichen Fibromen die mannigfalstigsten Uebergangsstadien. Stellen sich in der Geschwulst Stauungen und damit Oedeme ein, so werden die Faserbündel auseinander gedrängt, und die Zellen quellen auf. Die weichen Fibromen sind zellenreicher (besonders Spindelzellen mit geschwänzten Kernen), und die Zwischenmasse ist spärlicher. Die Grenze zwischen Fibrom im engeren Sinne und Hyperplasie des Bindegewebes ist nicht scharf zu ziehen. Nach der Ansicht des Verfassers kann man eingetretene Bindegewebshyperplasien in Folge von Entzündungsprocessen nicht zu den Geschwülsten zählen.

Birch-Hirschfeldt giebt an: Das weiche Fibrom entspricht dem Typus des areolären Bindegewebes. Es besteht aus gefässhaltigem, faserigem (oder homogenem) Bindegewebe, welches grössere oder kleinere Hohlräume einschliesst, die mit seröser oder schleimiger Flüssigkeit gefüllt sind. Sie haben meist rundliche Gestallt, nicht selten lappigen Bau und können sich zu enormen Tumoren entwickeln. Sie entwickeln sich stets in der Haut und im Unterhautbindegewebe, wuchern nach der freien Oberfläche zu und schieben die Haut faltenförmig vor. Auf diese Weise entsteht die s. g. Hautfaltengeschwulst (Cutis pendula, Fibroma molluscum). Entwickelt sich das Fibrom mehr diffus in der Haut, so zeigt es Ähnlichkeit mit der Elephantiasis Arabum. Das Fibrom combinirt sich häufig mit Lipom, Enchondrom und Sar-

kom. Es bildet keine Metastasen und zeigt nach der Exstirpation keine Neigung zu Recidiven.

Cornil richtet sich ganz nach *Virchow;* er sagt in Bezug auf unsere Geschwulst: Dans les uns, la substance fondamentale est infiltrée comme dans l'oedème; les faisceaux sont parfaitement nets, mais ils sont imbibés par un liquide séreux; le fibrome alors est dit molluscoide (molluscum simplex). In seinem Werke wie in den meisten Handbüchern fand ich das ursprünglich von *Virchow* angegebene mikroskopische Bild des Geschwulstdurchschnitts.

Küster stellte verschiedene Patienten mit multipeln Geschwulstbildungen in Berlin der medicinischen Gesellschaft vor und beschreibt dieselben in der Berliner klinischen Wochenschrift 1884 wie folgt: 1) Die Haut eines 37jährigen Mannes ist mit zahlreichen, kleinen, erbsen-haselnussgrossen Geschwülsten bedeckt, welche mehr oder weniger halbkugelförmig über die Oberfläche vorspringen, von weicher Consistenz sind und sich frei gegen die Unterlage verschieben lassen. Einige derselben haben eine bräunliche fast durchschimmernde Färbung und liegen offenbar im Gewebe der Cutis selber, während andere von normaler, verschieblicher Haut bedeckt, also unter der Haut gelegen sind. Als dritte Geschwulstform oberhalb des rechten Ellenbogengelenks genau dem nervus radialis entsprechend findet sich eine spindelförmige, hühnereigrosse Geschwulst von fester Consistenz. Seit 11 Jahren haben sich die kleineren Geschwülste eine nach der anderen entwickelt, ohne irgendwo eine erhebliche Grösse zu erlangen (Gutartigkeit der Neubildung). Nachweis durch das Mikroskop: Eine von der Schulter exstirpirte oberflächliche kleinere Geschwulst ist auf dem Durchschnitt von nahezu nor-

marler Haut überzogen. Epidermis, Rete Malpighii und Papillarkörper erscheinen ganz normal, und erst in den tieferen Schichten der Cutis begann eine bindegewebige Wucherung aus zahlreichen, schmalen, spindelförmigen, sich durchkreuzenden Zellen bestehend, welche bis ins Unterhautbindegewebe reichte, ohne sich nach irgend einer Seite scharf von der Umgebung abzugrenzen. Die grosse Geschwulst ist ebenfalls eine ähnliche wie die von *Virchow* als Fibroma mulluscum beschriebene und geht vom Perineurium aus. Die langsame Entwickelung an dieser Stelle ist allerdings durchaus ungewöhnlich. 2) Photographie einer Patientin: Combination multipler kleiner Fibrome mit grossen Geschwülsten. Die grosse Geschwulst geht von der Gegend des Kreuzbeins etwas mehr nach rechts hinüber und hat nach Sitz und Form eine gewisse Ähnlichkeit mit dem als „Tournure" bezeichneten Toilettenstück unserer Damen. Sehr häufig scheinen sich solche Monstrositäten einzeln zu entwickeln. So hatte ein Landmann in den 50. Jahren eine colossale Geschwulstmasse, welche von Hals und Nacken bis zum Gesäss herunter hing. Dieselbe war von einer solchen Schwere, dass Patient sich kaum damit zu erheben vermochte und in einer Weise ging, als trüge er einen schweren Sack. 3) Von ganz gleichem Charakter sind die als Elephantiasis bezeichneten Geschwülste an den Genitalien. Ein exquisites Beispiel vom linken Labium maius einer 43jährigen Jungfrau, welches vor 3 Jahren operativ entfernt wurde. *Valentine Mott* hat im Jahre 1854 eine monströse Einzelgeschwulst der Haut als Pachydermatocele beschrieben, ein Name, den auch *Danzel* in Hamburg für einen von ihm beschriebenen Fall acceptirt hat mit dem Bemerken, dass er nichts ähnliches in *Virchow*'s klassischem Werk gefunden habe.

Offenbar hat ihn nur die äussere Formverschiedenheit abgehalten, das, was er suchte, schon im Titelkupfer zu finden. Bei all diesen Geschwülsten ist nämlich der gleiche Bau vorhandea. Unter einem nahezu oder ganz normalen Hautüberzug findet sich ein weiches wie gequollenes, saftreiches Bindegewebe, welches in der Regel nicht allzu reichlich mit Blutgefässen versehen ist. Dagegen betheiligen sich zweiffellos die Lymphgefässe in hervorragender Weise, und kann man bei grösseren Exemplaren von der als Lymphangioma cavernosum bezeichneten Geschwulstform oft alle Übergänge von dem ödematösen Bindegewebe bis zur Bildung grosser Höhlen verfolgen. Ueber die Entstehung dieser multipeln Fibrome, die keine Metastasenbildung zeigen, sondern sich vorstellen als vielfaches Auftreten gleichwerthiger und von einander unabhängiger Geschwülste, wissen wir bisher noch recht wenig. Weder die alte Annahme einer Dyscrasie, noch die *Virchow*'sche Lehre von einem irritativen Zustand in bestimmten Köpergeweben liefert eine vollständig befriedigende Erklärung. Noch viel weniger leistet dieses die *Cohnheim*'sche Hypothese von der Anhäufung eines überschüssigen embryonalen Zellenmaterials. Wenn auch für gewisse Geschwülste die embryonale Anlage wohl allseitig als zu Recht bestehend anerkannt ist, so bieten doch gerade die multipeln Geschwulstbildungen für die Verallgemeinerung dieser Anschauung im *Cohnheim*'schen Sinne ein möglichst ungünstiges Feld; denn wie bei einer etwa über ein ganzes Gewebssystem zerstreuten Anhäufung embryonaler Zellen es geschehen soll, dass nun im späteren Alter plötzlich wie auf Commando und ohne sichtbare Ursache unzählige Geschwülste hervorbrechen, bleibt mit der Hypothese genau ein solches Räthsel, wie ohne dieselbe.

Hiermit glaube ich die mir zugängliche Literatur erschöpft zu haben; ich komme nunmehr zu meinem Fall. Zunächst will ich den mikroskopischen Befund erläutern. Die Patientin wurde am 11. August 1884 in der Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Riedinger operirt, und zwar wurde ihr ein über Hühnerei grosses weiches Fibrom aus der linken Seite in der Gegend der letzten falschen Rippen exstirpirt. Theile dieser Geschwulst wurden in absoluten Alkohol gelegt, und ich bekam solche zur Untersuchung. Die Methode welche ich anwandte, ist hier im pathologischen Institut bei derartigen Präparaten die gewöhnliche. Ich kann dieselbe nur empfehlen, da ich sehr gute Schnitte erhielt und will sie daher kurz anführen. Zunächst wurde das Geschwulststück in Paraffin eingeschmolzen, eine Procedur, die ungefähr 5 Tage in Anspruch nimmt. Darauf wurde mit dem Mikrotom eine hinreichende Anzahl möglichst feiner Schnitte gemacht, und dieselben in Terpentin gelegt. Sodann kamen die Schnitte mindestens 15 Minuten in absoluten Alkohol, um das Paraffin möglichst zu entfernen. Darauf wurden sie einige Minuten in destillirten Wasser abgespült und in filtrirter Hämatoxilinlösung 4—5 Minuten gefärbt. Hernach erfolgte nochmals eine Abspülung in destillirtem Wasser, bis die Schnitte keine Farbe mehr an letzeres abgaben. Jetzt kamen dieselben nochmals 5 Minuten in absoluten Alkohol, darauf einige Minuten in Nelkenöl. Sodann wurden sie auf den Objektträger gebracht, das Nelkenöl durch Fliesspapier möglichst entfernt, ein Tropfen Damarlack auf das Präparat gebracht, und letzeres mit einem Deckgläschen zugedeckt. Auf diese Weise erhielt ich gut gefärbte Dauerpräparate. Der mikroskopische Befund war nun folgender: Bei Schnitten, welche die

Epidermis getroffen hatten, konnte an derselben nichts anormales nachgewiesen werden, — ein Befund, der sich mit dem Resultat der äusseren Untersuchung vollständig deckt. Dagegen war eine Wucherung des Papillarkörpers nachzuweisen. Das ist sehr erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Geschwulst, wenn auch langsam doch immerhin gewachsen war; ebenso ergab sich eine Hypertrophie des Unterhautzellgewebes. Besondere Berücksichtigung verdient bei dieser Geschwulst selbstverständlich das Bindegewebe. Dasselbe war in lockeren Fascikeln angeordnet, die ebenso wie beim harten Fibrom kreuz und quer durch einander liefen. Dazwischen befand sich Fettgewebe mit stellenweise grossen Fettzellen, ferner viele Rundzellen. An einzelnen Stellen war das charakteristische myxomatöse Gewebe deutlich zu erkennen. Die Anordnung des Bindegewebes war eine sehr lockere, der Zellenreichtum bedeutend. Besonders auffallend war die Menge der Blutgefässe. Ich bemerkte nicht nur zahlreiche Capillaren mit randständigen Zellen, sondern auch sehr viele grössere Gefässe, welche in den dickeren Bindegewebssträngen verliefen. Das Ganze zeigte die bereits von *Virchow* und anderen Autoren näher beschriebene maschenförmige Anordnung. Von sarkomatösem Gewebe konnte ich nichts entdecken. Dieser mikroskopische Befund führte mich zu folgendem Resultat. Zunächst ergab sich, dass ich ein reines Fibrom vor mir hatte. Die Geschwulst zeigte einen durchaus bindegewebigen Charakter. Derselbe war so ausgeprägt, dass eine andere Annahme auf keinen Fall statthaft war. Andrerseits deutete der enorme Zellenreichtum darauf hin, dass ich es mit einem Fibroma mulluscum zu thun hatte, da derselbe bei den harten eigentlichen Fibroiden in dieser Weise nicht vorkommt.

Der Gehalt an Fettzellen, welcher stellenweise sehr bedeutend war, sowie das Vorkommen des myxomatösen Gewebes stimmen vollkommen mit den Angaben der betreffenden Autoren überein, dass das Fibroma molluscum häufig Complikationen mit Lipomen und Myxomen eingehe. Merkwürdig war bei meinen Präparaten die ziemlich bedeutende Menge der Gefässe, während die meisten Beobachter angeben, dass diese Geschwulstart in der Regel wenig Blutgefässe enthalte. Nervengewebe glaubte ich an einer Stelle wahrzunehmen, möchte das aber nicht bestimmt behaupten. Es ist ja sehr natürlich, dass das wuchernde Bindegewebe die Nerven vollständig verdrängt und verschwinden macht. Dies stimmt auch mit der Untersuchung der Tumoren durch Palpation an der Patientin vollkommen überein, da das molluscum durchaus nicht schmerzhaft ist, selbst wenn man einen stärkeren Druck auf dasselbe ausübt.

Nunmehr komme ich zur Krankengeschichte. Die Patientin ist 47 Jahre alt, machte im 6. Lebensjahre eine Gehirnentzündung durch und lief erst mit dem 7. Jahre. Im Alter von 21 Jahren menstruirte sie zum ersten Mal. Im Jahre 66 bekam sie ein schweres Nervenfieber. Sie wurde im Juliusspitale hauptsächlich mit Bädern behandelt, und dauerte die Krankheit 13 Wochen. Im Jahre 75 war sie wieder 6 Wochen im Spital nach ihrer Angabe wegen Magenkatarrhs. Im folgenden Jahre will sie wiederum 10 Wochen lang an Magenkatarrh gelitten haben. Vor 3 Jahren wurde sie längere Zeit in der hiesigen Poliklinik von Herrn Prof. Dr. *Geigel* wegen Fieber, Appetitlosigkeit und Übelkeit behandelt. Am 11. August 84 exstirpirte ihr Herr Prof. Dr. *Riedinger* das über Hühnerei grosse fibroma molluscum aus der linken Lendengegend. Die Operation wurde

ohne Chloroformnarkose vorgenommen; der Verlauf derselben war ein ausgezeichneter. Die Patientin konnte unter einem festen antiseptischen Dauerverband ihrer gewohnten Beschäftigung als Dienstmädchen nachgehen, und nach Verlauf einiger Tage war die vollständige Heilung per primam intentionem erfolgt. Im Jahre 85 wurde Patientin von Herrn Prof. Dr. *Riedinger* an einer Entzündung der Volarseite des Vorderarms behandelt. Die Therapie bestand in kalten Umschlägen und hatte nach kurzer Zeit dauernde Heilung zur Folge.

Besondere Beachtung verdienen die Angaben der Patientin in Bezug auf ihre Periode. Obgleich bereits 47 Jahre alt, hat sie dieselbe noch regelmässig und zwar sehr stark. Ja es kommt vor, dass sie innerhalb 4 Wochen zwei Mal menstruirt und das 3 — 5 Tage lang. Dabei verliert sie jedes Mal sehr viel Blut. Die Folgen sind dann Schwächezustände, an denen sie überhaupt viel leidet, sogar Ohnmachten, von welchem sie sich nur langsam erholt.

Der status praesens ist folgender: Patientin ist eine kleine schwächliche Person, jedoch verhältnissmässig nicht schlecht genährt. Sowohl der ganze Körper, als besonders die mammae zeigen einen ziemlich entwickelten Panniculus adiposus. Die Lungen sind normal, geben sogar einen kräftigen Perkussionsschall. Am Herzen ist eine leichte Mitralinsufficienz nachzuweisen. Die Radialarterie fühlt sich ziemlich hart an. Ferner ist eine Neuralgie der Füsse nachzuweisen, und sind an den Schenkeln zahlreiche Varicen vorhanden. Patientin leidet an ziemlich hochgradiger Hysterie (Dysmenorrhoe). Sie hat einen pes planus. An den übrigen Organen konnte ich nichts anormales entdecken. Patientin ist hochgradig myopisch. Die multipeln Fibrome

befinden sich besonders am Rücken, im Nacken, an der Brust und den grossen Labien. Doch kommen sie vereinzelt auch an den Extremitäten und wenige kleinere am Hals, im Gesicht und an der Stirn vor. Sie sind alle von normaler Haut bedeckt und lassen sich leicht auf ihrer Unterlage verschieben. Die Farbe ist die der gewöhnlichen Haut, von einer Röthung oder sonst einer Entzündungserscheinung ist nicht die Rede. Die Grösse schwankt zwischen Kirschkern bis Taubeneigrösse. An der Stelle, wo die Geschwulst exstirpirt wurde, nämlich in der linken Lumbalgegend, ist ein breiter, weisser Narbenzug bemerkbar. Etwa 5 cm unterhalb dieser Narbe befindet sich der Tumor, welcher den bedeutendsten Umfang, nämlich die Grösse einer Wallnuss erreicht hat. Derselbe sitzt mit einem Stiele auf, so dass er herabhängt. Er zeigt mehrfache knotige Hervortreibungen, die eine etwas stärkere Pigmentirung haben und alle von normaler Epidermis bedeckt sind. Die Geschwülste fühlen sich alle eigenthümlich weich an; man kann ihnen durch Palpation jede beliebige Form geben. In dem grösseren Tumor fühlt man die lappenartige Anordnung, welche durch die stärkeren Bindegewebszüge, die man ebenfalls durch die dünne Haut leicht hindurch fühlt, zu Stande kommt. Fluktuation lässt sich nicht nachweisen. Die Tumoren sind auf Druck unempfindlich und haben die gewöhnliche Temperatur der Haut; ihr Wachthum ist ein sehr langsames. Der grösste Tumor, welcher im Jahre 84 exstirpirt wurde, zeigte die Grösse eines Enteneis. Derselbe war im Jahre 66 nach Angabe der Patientin etwa halb so gross, ist also innerhalb 18 Jahren nur um das doppelte grösser geworden. Die Geschwülste sind durchaus dieselben, wie sie *Virchow* beschrieben hat;

allerdings hat keine die ungeheuere Grösse erreicht, wie es der Verfasser von dem einen Tumor schildert. Ich habe die Geschwülste von vorne herein für multiple Fibrome erklärt und zwar aus folgenden Gründen: Keine einzige Geschwulstart tritt so massenhaft auf und in so charakteristischer Form. Eine Verwechselung wäre vielleicht noch denkbar mit multipeln Lipomen, die ja ebenfalls vorkommen. Jedoch fühlen sich dieselben ganz anders an und sitzen niemals wie die Fibrome gestielt auf, sondern mit breiter Basis. Auch ist ihr Wachsthum, wenn auch immerhin langsam, doch rascher als das der Fibrome. Die endgültige Diagnose sichert das Mikroskop.

Merkwürdig ist, dass bei meiner Patientin die Hauptgeschwulst an derselben Stelle sass, wie in dem von *Virchow* beschriebenen Falle. Ich will bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass in dieser Gegend oberflächliche Tumoren, z. B. Abscesse, überhaupt ziemlich häufig sind. Vielleicht lässt sich dieser Umstand aus dem anatomischen Bau des Unterhautbindegewebes und der oberflächlichen Fascie erklären. Während nämlich in der Lumbalgegend das Bindegewebe ziemlich locker, und auch häufig eine ausgiebige Fettpolsterung vorhanden ist, so dass gerade dort Absackungen von Flüssigkeiten und seröse Durchtränkung des Gewebes leicht stattfinden kann, fallen diese günstigen Momente für Tumorenbildung in den weiter abwärts gelegenen Partien weg. Dort in der Region der mm. glutaei ist das Unterhautbindegewebe bereits viel straffer und deshalb lange nicht so nachgiebig für die Bildung von solchen oberflächlichen Tumoren, welche durch Ansammlung von seröser Flüssigkeit und ödematöse Durchtränkung der Gewebe das Bestreben haben, behufs ihrer weiteren Aus-

dehnung, die Haut von der Fascie abzuheben und vorzuwölben. Übrigens mag auch die Art und Weise der weiblichen Kleidung, welche gerade in der Taille ihre Stütze und Feinheit sucht, dort bestehende Tumoren durch den fortwährenden Reiz in ihrem Wachstum nicht unwesentlich fördern.

Bei meiner Patientin waren die Tumoren angeboren, wenigstens hat sie, soweit ihr Gedächtniss zurückreicht, immer derartige Auswüchse gehabt. In diesem Falle war also eine embryonale Keimanlage vorhanden.

Das spätere Auftreten immer neuer Tumoren und das wenn auch langsame Wachstum der alten besonders durch ödematöse Schwellung und seröse Durchtränkung, so dass nach *Rindfleisch* ein entschieden hydropischer Zustand vorhanden ist, möchte ich diesem Autor folgend, auf Cirkulationsstörungen zurückführen. Bei meiner Patientin sind dieselben wenigstens sehr erheblich. Dieselbe hat zunächst eine insufficientia valvulae mitralis. Dann ist es ausserordentlich bezeichnend, dass die Frau im Alter von 47 Jahren häufig innerhalb 4 Wochen zwei Mal und zwar sehr heftig menstruirt. Die Perioden dauern zuweilen 3—5 Tage, und ist der Blutverlust dann ein so bedeutender, dass längere anämische Schwächezustände die natürliche Folge sind. Häufig kommt es nach diesen copiösen Blutungen zu anhaltenden Ohnmachten. Die Varicen an den Schenkeln sind hier auch bedeutend, da Patientin nie schwanger war. Die Neuralgie der Füsse, gegen welche Bäder gebraucht wurden, ist wohl mit hydropischen Zuständen complicirt gewesen, wie man aus den Aussagen der Frau schliessen kann. In wiefern nun Beziehungen zwischen diesen Cirkulationsstörungen und den Bildungen unserer Geschwulst bestehen, darüber möchte ich mir nicht einmal Muth-

massungen erlauben, weil da alle Anhaltspunkte fehlen, dass aber solche Beziehungen wirklich vorhanden sind, glaube ich mit Bestimmtheit annehmen zu dürfen.

Die Betrachtung der Geschwulst vom chirurgischen Standpunkt aus ist höchst einfach. Soll man operiren, und in welchem Fall, das ist wohl die einzige Frage, welche hier zur Erörterung kommt. Ich möchte drei Gründe anführen, welche die Operation indiciren; zunächst, wenn die Geschwulst solche enorme Dimensionen erreicht, wie in dem von *Virchow* geschilderten Fall. Die Gründe hierfür liegen wohl auf der Hand. Sodann ist die Operation indicirt, wenn irgend einer von den Tumoren Beschwerde verursacht. Dies war bei meiner Patientin der Grund, weshalb Herr Prof. Dr. *Riedinger* die Exstirpation vornahm. Es drückten nicht nur die Kleider auf die Geschwulst, sondern Patientin hatte noch mehr beim Bücken Beschwerden. Ebenso hatte sie Schmerzen beim Tragen von Holz, Körben u. s. w. durch die Spannung. Als bei einem Bäcker bedienstet war sie also in ihrer täglichen Beschäftigung gehindert. Dann bin ich der Ansicht, dass man berechtigt ist, aus kosmeitischen Gründen ein Fibroma molluscum z. B. im Gesicht, am Hals, am Unterarm operativ zu entfernen.

Die Operation ist unter antiseptischen Cautelen derartig einfach, dass ich sie wohl ruhig übergehen kann. Herr Prof. Dr. *Riedinger* exstirpirte die Geschwulst so schnell, dass eine Chloroformnarkose unnöthig war. Wie schon angegeben, konnte Patientin unter einem festen antiseptischen Dauerverband ihrer Beschäftigung nachgeben. Die Wunde heilte in einigen Tagen per primam intentionem. Interessant ist noch, dass der jetzt grösste Geschwulst nicht weit von der

Narbe etwas unterhalb aufsitzt. Dieselbe zeigt auch nach Aussage der Patientin ein stärkeres Wachstum als die übrigen Tumoren. Dies wird einerseits in den schon angegebenen Gründen liegen, welche diese Stelle überhaupt begünstigen, andrerseits kann man aber auch annehmen, dass nach Exstirpation der Hauptgeschwulst die jetzt überschüssige Blutmenge durch Veränderung der Cirkulation gerade diesem in der Nähe befindlichen Tumor zu gut kam. Sollte der Tumor sich noch vergrössern, so wäre seine Exstirpation nur eine Frage der Zeit. Das ist aber kaum anzunehmen, da Patientin bereits 47 Jahre alt ist, und man hoffen darf, dass in Bälde auch die für sie so lästigen und schwächenden Perioden, gegen die viele Mittel ziemlich erfolglos angewandt wurden, endlich einmal aufhören werden.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Riedinger für die freundliche Anweisung des Falles und die Anregung zu dieser Arbeit, sowie den Herren Assistenten des pathologischen Instituts, Dr. Fütterer und Dr. du Mesnil, für ihre freundliche Unterstützung beim Mikroskopiren hiermit meinen besten Dank auszusprechen.